

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Nyeri Akut Pada Post Sectio Caesarea

1. Post Partum

Masa nifas di sebut juga post partum atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi di lahirkan dan plasenta keluar lepas dari Rahim sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ - organ yang berkaitan dengan kandungan yang mengalami perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan saat melahirkan (Maryunani, 2015).

a. Post Partum Normal

Masa nifas adalah setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira enam minggu (Roito, Noor, & Mardiah, 2013).

b. Post Partum Sectio Caesarea

Nyeri merupakan suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Nyeri biasanya terjadi pada 12 sampai 36 jam setelah pembedahan, dan menurun pada hari ketiga (kasdu, 2003).

2. Nyeri akut

a. Pengertian Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan, awitannya gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Nanda International, 2017)

Nyeri akut pada post sectio caesarea dirasakan setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar dan efek anastesi habis maka pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Banyak ibu yang mengalami nyeri pada bagian luka bekas jahitan, keluhan tersebut wajar karena tubuh mengalami luka. Rasa nyeri pada daerah sayatan yang membuat pasien terganggu dan merasa tidak nyaman. Sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan, sehingga individu merasa tersiksa yang akhirnya akan mengganggu aktifitas sehari-hari (Asmadi, 2012).

b. Tanda gejala nyeri akut

Pasien dengan nyeri akut memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut (PPNI, 2016):

- 1) Tanda dan gejala mayor :
 - a) Secara subjektif pasien mengeluh nyeri.
 - b) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.
- 2) Tanda dan gejala minor :
 - a) Secara subjektif tidak ada gejala minor dari nyeri akut.

b) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

c. Faktor – faktor yang mempengaruhi respon nyeri

Persepsi individu terhadap nyeri di pengaruhi oleh beberapa faktor antara lain (Mubarak et al., 2015) :

1) Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah suatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (introvert). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang memengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresinyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain cenderung lebh memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

2) Tahap Perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri . Dalam hal ini anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Disisi lain, prevalensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyaki akut atau kronis dan degenerative yang diderita. Walaupun ambang batas

nyeri tidak berubah karena penuaan, efek analgesic yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

3) Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah faktor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang dapat dukungan keluarga dan orang-orang terdekat.

4) Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu yang terhadap penangan nyeri saat ini.

5) Ansietas dan stress

Ansietas seringkali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan

mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

6) Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang memengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri.

7) Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Makna nyeri memengaruhi pengalaman nyeri dan secara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

8) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat memengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

9) Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

10) Gaya coping

Individu yang memiliki lokasi kendali internal mempersiapkan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki lokus kendali eksternal

mempersiapkan faktor lain didalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir dari suatu peristiwa.

11) Dukungan keluarga dan sosial

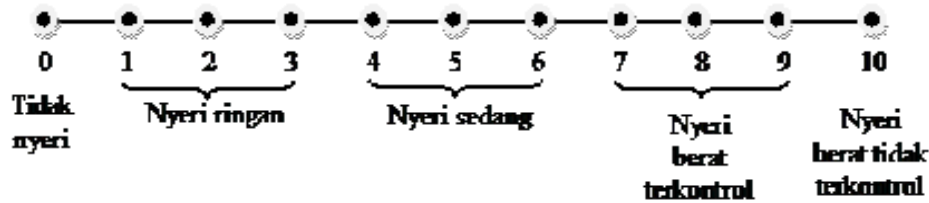
Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri memerlukan dukungan, bantuan, dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

d. **Penilaian respon intensitas nyeri**

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin dilakukan adalah melalui respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Penilaian nyeri akut pada post sectio caesarea sama dengan nyeri pada umumnya. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala yaitu (Mubarak et al., 2015) :

1) Skala Penilaian Numerik

Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian *Numerical Rating Scale* (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.



Gambar 1 Skala Penilaian Numerik

Sumber : Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar (Mubarak et al., 2015)

Keterangan :

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan (secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik)

4-6 : nyeri sedang secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik

7-9 : nyeri berat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi alih napas panjang dan distraksi.

10 : Pasien sudah tidak mampu berkomunikasi, memukul.

3. Nyeri Post Sectio Caesarea

a. Pengertian Nyeri Post Sectio Caesarea

Nyeri merupakan suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Nyeri biasanya terjadi pada 12 sampai 36 jam setelah pembedahan, dan menurun pada hari ketiga (Kasdu, 2003).

b. Etiologi Nyeri Post Sectio Caesarea

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Dalam proses pembedahan sectio caesarea akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar abdomen. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine, bradikinin, dan prostaglandin yang akan menimbulkan nyeri akut. Selanjutnya akan merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf bebas dan nyeri di hantarkan ke dorsal spinal. Setelah impuls nyeri naik ke medulla spinalis, thalamus menstransmisikan informasi ke pusat yang lebih tinggi ke otak termasuk pembentukan jaringan system limbik, korteks, somatosensory dan gabungan korteks sehingga nyeri di persepsikan. Maka untuk mengurangi rasa nyeri post sectio caesarea dapat dilakukan dengan teknik farmakologis dan nonfarmakologis seperti teknik distraksi dan relaksasi, sehingga akan menghasilkan hormone endorphin dari dalam tubuh. Endorpin berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri yang memblok transmisi impuls dalam otak dan medula spinalis.

c. Dampak Nyeri Post Sectio Caesarea

Nyeri akut yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari (Mubarak et al., 2015) :

1) Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologi dapat menunjukkan nyeri pada pasien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonomi. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung tekanan darah dan frekuensi pernapasan meningkat.

2) Dampak perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vocal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien sering kali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, dan hanya focus pada aktivitas menghilangkan nyeri.

3) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan kebersihan normal serta dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

d. Patofisiologi Nyeri Post Sectio Caesarea

Adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan Sectio Caesarea (SC).

Dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea dengan Nyeri Akut

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, untuk mengidentifikasi, mengenal masalah kebutuhan kesehatan, keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012). Pengkajian keperawatan pada ibu post sectio caesarea menurut (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012) adalah :

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record.

b. Keluhan utama

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut :

1) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa :

- a) Apa yang menyebabkan gejala nyeri ?
- b) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri ?
- c) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan ?

- 2) Q (kualitas atau kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa :
- a) Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan ?
 - b) Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang di rasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?
- 3) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa :
- a) Dimana gejala nyeri terasa ?
 - b) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat ?
- 4) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa : seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10 ?
- 5) T (*timing* atau waktu) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa :
- a) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan ?
 - b) Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap ?
 - c) Berapa lama nyeri berlangsung ?
 - d) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap ?
- c. Riwayat persalinan sekarang

Untuk mendapatkan data persalinan yang perlu dikaji yaitu : kehamilan beberapa, tahun lahir, jenis persalinan, komplikasi persalinan, penolong dan tempat persalinan, keadaan bayi.

d. Riwayat menstruasi

Pada ibu, yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.

e. Riwayat perkawinan

Usia perkawinan, perkawinan beberapa, usia pertama kali kawin.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir.

g. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

h. Pola kebutuhan sehari-hari

- 1) Bernafas, pada pasien dengan post sectio caesarea tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.
- 2) Makan dan minum, pada pasien post sectio caesarea tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam sehari.
- 3) Eliminasi, pada pasien post sectio caesarea pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.

- 4) Istirahat dan tidur, pada pasien post sectio caesarea terjadi gangguan pada pola istirahat dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- 5) Gerak dan aktifitas, pada pasien post sectio caesarea terjadi gangguan gerak dan aktifitas karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
- 6) Kebersihan diri, pada pasien post sectio caesarea kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- 7) Berpakaian, pada pasien post sectio caesarea biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.
- 8) Rasa nyaman, pada pasien post section caesarea akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- 9) Konsep diri, pada pasien post sectio caesarea seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.
- 10) Sosial, pada ibu sectio caesarealebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
- 11) Bermain dan rekreasi, pada pasien post sectio caesarea ibu biasanya belum bisa bermain dan berkreasi.
- 12) Prestasi, kaji hal-hal yang membanggakan dari ibu yang ada hubungan dengan kondisinya.
- 13) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partu untuk ibu dengan sectio caesarea meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang perawatan bayi diantaranya, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.

14) Data spiritual

Kaji kepercayaan ibu terhadap Tuhan.

i. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, keadaan kulit berat badan, dan tinggi badan.
- 2) Pemeriksaan kepala wajah: Konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak.
- 3) Pemeriksaan leher : Ada tidaknya pembesaran tiroid.
- 4) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- 5) Pemeriksaan payudara : Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
- 6) Pemeriksaan abdomen: Tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat luka.
- 7) Pemeriksaan eksremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, eksremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- 8) Genitalia: Menggunakan dower kateter.
- 9) Data penunjang
Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ialah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk

mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Tabel 1
Diagnosa Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut

Gejala dan Tanda	Penyebab	Diagnosa Keperawatan
(1)	(2)	(3)
<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif : mengeluh nyeri</p> <p>Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif : tidak tersedia</p> <p>Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.</p>	<p>Agen pencendera : fisik (Kondisi pembedahan tindakan SC)</p>	<p>Nyeri akut</p> <p>Kategori : psikologis</p> <p>Subkategori : nyeri dan kenyamanan</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.</p>

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagonosis Keperawatan Indonesia, 2016

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi pasien, ditentukan dan merencanakan intervensi keperawatan (Dermawan, 2012).

Tabel 2
Intervensi Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan / Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
(1)	(2)	(3)
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	1. Status Kenyamanan Post Sectio Caesarea Meningkatkan Dengan kriteria hasil : a. Tidak mengeluh nyeri b. Tidak meringis c. Tidak bersikap protektif d. Tidak gelisah e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik g. Melaporkan nyeri terkontrol h. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat i. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat j. Kemampuan menggunakan teknik	Manajemen Nyeri a. Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas

(1)	(2)	(3)
non farmakologis meningkat	Hidup	<p>7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>8. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>b. Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya akupresure, terapi pijat, kompres hangat/dingin)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur)</p> <p>c. Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>d. Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgesic</p>

Sumber : (Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia) & (Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi merupakan pelaksanaan rencana keperawatan yang dilakukan oleh perawat dan pasien (Dermawan, 2012).

Pelaksanaan implementasi nyeri akut (T. PPNI, 2018) meliputi :

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Mengidentifikasi lokasi nyeri
3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal
4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri
6. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
8. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Memonitor efek samping penggunaan analgetik
10. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya akupresure, terapi pijat, kompres hangat/dingin)
11. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)
12. Memfasilitasi istirahat dan tidur)
13. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
14. Mengkolaborasikan pemberian analgesik

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan di lakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: *Subjective* yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: *Objective* yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A: *Analisis* yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: *Planning* yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani, & Tutiany, 2013).

Tabel 3
Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut

NO	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
(1)	(2)	(3)
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	S (Subjektif) Data yang di peroleh dari respon pasien secara verbal a. Pasien mengetahui penyebab dan tanda nyeri b. Pasien mengatakan nyeri berkurang

(1)	(2)	(3)
		<p>c. Pasien mengetahui skala, intensitas dan frekuensi nyeri</p> <p>O (Objektif)</p> <p>Data yang di peroleh dari respon pasien secara non verbal atau melalui pengamatan perawat</p> <p>a. Pasien mampu mengontrol nyeri</p> <p>A (<i>Anlisy</i>s)</p> <p>Tindak lanjut dan penentuan apakah implementasi akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik.</p> <p>a. Tujuan tercapai apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil</p> <p>b. Tujuan belum tercapai apabila respon tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan</p> <p>P (<i>Planning</i>)</p> <p>a. Pertahankan kondisi pasien apabila tujuan tercapai</p> <p>b. Lanjutkan intervensi apabila terdapat tujuan yang belum mampu dicapai oleh pasien</p>

Sumber : R.Dinarti et al, Dokumentasi Keperawatan, 2013